

③ 障害者歯科個別研修会 【フォローアップコース】申込書

記入日：令和 年 月 日

1 ふりがな 氏名			
2 職 種	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
3 所 属	所属歯科医師会： 勤務先名称：		
	勤務先住所： 〒		
	連絡先住所(上記と異なる場合のみ記入)： 〒		
	勤務先電話番号： 連絡先電話番号(上記と異なる場合のみ記入)：		
4 アドバンスコース受講年	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年度 第 回 修了		
5 希 望 日	初 回：第1希望：令和 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望：令和 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 2回目：第1希望：令和 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望：令和 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 ※1日をご希望の場合は、午前・午後両方に☑してください。		
6 研修に対する要望等	① 今回の研修でどのようなことを学びたいですか？ <input type="checkbox"/> 口腔内診査 <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> トレーニング <input type="checkbox"/> 全身管理 <input type="checkbox"/> 歯科診療補助 <input type="checkbox"/> 歯科予防処置 <input type="checkbox"/> 口腔保健指導 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯周病管理 <input type="checkbox"/> その他() ② 特に希望する疾患はありますか？ <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> Down 症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> その他() ③ 今回の研修に対する要望等、具体的にご記入ください。 ＊アポイント状況等により、必ずしも要望に応えられない場合があります。予めご了承ください。		

※ご希望日の1ヶ月前までにお申し込み下さい。

受付が完了しましたら、この用紙に済み印を押したものを FAX にて返送いたします。1 週間たっても返送がない場合は、お手数ですが当センター研修担当までお問い合わせください。